



Oznámení terminálního stadia onemocnění

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na plnění/zálohu za terminální stadium onemocnění. **Vyplňte části B. až G.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisů nelze poskytnout plnění. V části E. uveďte čísla všech smluv, ve kterých je sjednáno pojištění pro případ smrti se zahrnutím nároku na plnění za terminální stadium onemocnění, pokud z těchto smluv plnění nárokujete, a **předějte k vyplnění části J. svému ošetřujícímu lékaři**, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru onemocnění (např. interna, onkologie). **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.** Doložte kopie všech lékařských zpráv, na jejichž základě byla diagnóza onemocnění stanovena, kopie nálezů potvrzujících diagnózu příslušným odborným zdravotnickým pracovištěm (např. kopie zprávy z CT, histologie, magnetické rezonance), kopie propouštěcích zpráv (operačních protokolů). Dále doložte kopie lékařských zpráv, kde jsou popsány první příznaky, které byly v přičinné souvislosti s tímto onemocněním. **Ověření totožnosti se provede pouze u osoby uplatňující právo na plnění, které je vyšší než 1 000 EUR. Totožnost politicky exponované osoby se ověřuje bez ohledu na výši plnění vždy.**

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ

(má-li právo na plnění podle příslušných pojistných podmínek)

- 1) U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.
- 2) Nemá-li vyplněno, platí stát ČR/státní občanství ČR/daňový rezident ČR.
- 3) Uvedením e-mailové adresy osoba uvedená v části B, C nebo D, pokud uplatňuje právo na plnění, souhlasí pro účely vyřizování tohoto nároku s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.
- 4) Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
- 5) Je-li označeno křížkem považuje se osoba za politicky exponovanou (PEP) ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. a je třeba identifikovat osobu, která uplatňuje právo na plnění.

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktní adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Jiné státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾ Pokud není označeno křížkem <input checked="" type="checkbox"/> , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého?) DÍČ:	<input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾

C. OBMÝŠLENÝ

osoba určená pojištěným pro převzetí plnění (má-li právo na plnění podle příslušných pojistných podmínek obmyšlený), která v části B. vyplní identifikační údaje pojištěného

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktní adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Jiné státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾ Pokud není označeno křížkem <input checked="" type="checkbox"/> , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého?) DÍČ:	<input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾

D. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA PLNĚNÍ

Tato osoba vždy vyplní i identifikační údaje o pojištěném/obmyšleném v části B. nebo C.

- 6) Je-li osoba (zástupce), která uplatňuje právo na plnění, osobou právnickou, vyplní se pouze její IČO a název a pro identifikaci osob, které za ni jednají, se použije formulář Vo-118/7670 (Z 7110) „Identifikace a kontrola klienta“, blíže na www.koop.cz. Současně jednajícím osobou doloží oprávnění k jednání za právnickou osobu.

Právo na plnění uplatňuji za <input type="checkbox"/> POJIŠTĚNÉHO <input type="checkbox"/> OBMÝŠLENÉHO			
<input type="checkbox"/> zákonný zástupce (nezletilého dítěte), který nebyl soudem zbaven své rodičovské odpovědnosti ani omezen v jejím výkonu		<input type="checkbox"/> zmocněnec (doloží plnou moc s úředně ověřeným podpisem zmocnitelce nebo její úředně ověřenou kopií k zastupování ve věci vyřízení nároku na plnění)	
<input type="checkbox"/> jiná osoba (doloží vztah k pojištěnému či obmyšlenému a kopii dokumentu, který zakládá její nárok na plnění)		<input type="checkbox"/> svěřenecký fond	
Rodné číslo/IČO ⁶⁾	Příjmení/Název firmy	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktní adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Jiné státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾ Pokud není označeno křížkem <input checked="" type="checkbox"/> , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého?) DÍČ:	<input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾

E. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A TERMINÁLNÍM STADIU ONEMOCNĚNÍ

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uveďte datum, kdy bylo lékařem poprvé potvrzeno terminální stadium onemocnění			
<input type="text"/>			
Uveďte jméno a adresu lékaře, u kterého je uložena zdravotnická dokumentace.			
<input type="text"/>			

F. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B, pokud právo na plnění uplatňuje pojištěný	<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části C, pokud právo na plnění uplatňuje obmyšlený	<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části D, pokud právo na plnění uplatňuje osoba uvedená v části D.
<input type="checkbox"/> Jinou adresu		
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.		Specifický symbol ⁹⁾
Název fondu		
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		

⁹⁾ Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz.

G. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Lékařská zpráva Propouštěcí zpráva
 Jiné:

H. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojištěteli, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořizování výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný opravňuje k poskytnutí těchto informací svého zaměstnavatele.

Pojištěný zproštuje v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojištěteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištětel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.

I. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V této části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Tyto informace se na Vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v příslušném dokumentu Informace o zpracování osobních údajů, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojištětel na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy, ochrany právních nároků pojištětele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojištětel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěním a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištětele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v příslušných Informacích o zpracování osobních údajů.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojištětel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištětele vztahují.

Podpisem tohoto formuláře, resp. jeho odesláním potvrzujete, že jste se důkladně seznámil(a) s příslušným dokumentem Informace o zpracování osobních údajů, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží. Podpisem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojištěteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojištětele poskytnout plnění. Jste-li zákonným zástupcem nezletilého, který má nárok na plnění, prohlašujete, že jste plně svéprávný(á) a že jste nebyl(a) soudem zbaven(a) své rodičovské odpovědnosti ani omezen(a) v jejím výkonu. Dále prohlašujete, že jste si vědom(a), že plnění přebíráte ve prospěch nezletilého.

V dne	Podpis pojištěného ⁹⁾	Podpis obmyšleného	Podpis zákonného zástupce nezletilého, zmocněnce nebo jiné osoby uvedené v části D.
----------	----------------------------------	--------------------	---

⁹⁾ Žádá-li o plnění obmyšlený, pojištěný svým podpisem souhlasí s výplatou plnění obmyšlenému. Pojištěný se zavazuje, že po vyplacení plnění nebude souhlasit se změnou obmyšleného, případně jako pojištěník obmyšleného nezmění.

Získatelské číslo/Identifikace partnera (HR)	Osobní číslo spolupracovníka získatele /Identifikace poradce	Telefon	E-mail
--	--	---------	--------

Zástupce pojištětele (získatele) ověřil identifikační údaje a shodu podoby osoby, která uplatňuje právo na plnění, dle předloženého průkazu totožnosti.

Jméno, příjmení/název zástupce pojištětele (získatele) a jeho podpis

J. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí oprávněná osoba.

VŽDY JE NUTNÉ UVÉST ODPOVĚDI
NA VŠECHNY DOTAZY TÝKAJÍCÍ SE
ONEMOCNĚNÍ.

Prosíme o čitelné vyplnění všech
údajů. Nestačí-li pro požadované údaje
místo v předtištěných kolonkách,
uvedte je na samostatném listu, který
přiložte k tomuto formuláři.

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození
ve tvaru RRRMMDD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních kolonkách
s možností více variant).

POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Uveďte datum, kdy bylo lékařem poprvé potvrzeno terminální stadium onemocnění			
Byla nasazena paliativní léčba? ²⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Uveďte název a adresu poskytovatele zdravotních služeb, jméno a odbornost lékaře, který stanovil terminální stadium.			
DOTAZY K ONEMOCNĚNÍ Přiložte kopie lékařských zpráv ze speciálních vyšetření (např. CT, histologie, MRI, operační protokol).			
Název onemocnění, u kterého bylo potvrzeno terminální stadium		Kód diagnózy podle MKN-10	
Popis onemocnění			
Kdy bylo onemocnění u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.			
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.			
Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotnické dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky)?			
Vzniklo onemocnění jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků, které návykové látky obsahují? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ

Datum

20

Razítko a podpis lékaře